NOUVEAU PROCÉDÉ

POUR LA GUÉRISON DU PROLAPSUS UTÉRIN

PAR LE PROFESSEUR LÉON LE FORT

Lorsque le prolapsus utérin n'est que peu marqué, lorsque le col n'arrive qu'à la vulve, ou ne fait qu'une légère saillie au dehors de l'anneau vulvaire, l'application d'un pessaire intra-vaginal suffit assez souvent pour pallier les inconvénients de cette triste infirmité et pour détenir l'utérus à l'intérieur de la cavité vaginale. Mais, lorsque la chute de l'utérus est complète, lorsque l'organe tout entier, recouvert par les parois du vagin qu'il a entraînés avec lui, fait saillie à l'extérieur et pend en quelque sorte entre les cuisses de la malade, un simple pessaire est presque toujours insuffisant, et il faut alors employer les pessaires garnis de tiges prenant point d'appui sur une ceinture périnéale. Or, non-seulement ces appareils, fort pénibles à porter, gênent dans la marche, dans la station assise, ils ont l'inconvénient bien plus grave encore de ne pas atteindre le but cherché et de ne pas maintenir l'utérus, qui glisse sur le côté du pessaire et n'en arrive pas moins à l'extérieur. Ces inconvénients constants, cette inefficacité trop fréquente des pessaires ont amené les chirurgiens à recourir à des opérations pouvant, sinon amener la cure radicale, c'est-à-dire replacer et retenir l'utérus dans sa situation normale, du moins le maintenir dans l'intérieur même du vagin, sans que le col atteigne et surtout dépasse la vulve. Quelques-uns de nos collègues de la Société de chirurgie, dans une discussion récente, ont soutenu que ces opérations sont constamment inefficaces, et qu'après un temps plus ou moins long le prolapsus se reproduisait. C'est là une erreur manifeste, car, sans même recourir aux observations étrangères, des faits puisés dans la pratique de chirurgiens français prouvent que la guérison permanente peut être obtenue Ce reproche d'inefficacité peut s'appliquer justement à la plupart des procédés cherchant à rétrécir les parois ou l'une des parois du vagin, ou même la vulve par la cautérisation comme l'ont

fait Romain Girardin, Laugier, Velpeau, Desgranges, etc.; mais on ne peut plus l'adresser aux méthodes consistant à rétrécir le canal vaginal ou l'orifice vulvaire par l'excision et la suture ; enfin à rétrécir à la fois l'orifice vulvaire et l'une ou l'autre des parois du vagin, puisque dans ces méthodes nous rencontrons des procédés ayant amené des guérisons radicales. Toutefois ces procédés, ceux du moins qui peuvent amener la guérison, sont passibles d'autres reproches. Quelques-uns sont d'une exécution fort difficile, d'autres ont l'inconvénient de supprimer la possibilité du coït. Ce n'est pas le lieu de décrire ici tous ces procédés, mais il me paraît utile de mettre en lumière leurs inconvénients, ce qui m'amènera à montrer en vertu de quelles idées j'ai été amené à imaginer le procédé nouveau que j'ai mis en pratique et que je me propose de décrire.

Le rétrécissement de l'orifice vulvaire par le procédé de Baker-Brown, à l'imitation de Fricke (de Hambourg), c'est-à-dire par l'avivement et la suture de la partie postérieure de la vulve, dont la partie antérieure est respectée, ne donne qu'un résultat incomplet et temporaire. L'anneau vulvaire qui persiste en avant du côté de l'urèthre est rétréci, mais sous l'influence de la pression exercée par le col il ne tarde pas à s'élargir par refoulement et distension des grandes lèvres et de la cloison nouvelle qui les réunit en arrière, et le prolapsus se reproduit.

Küchler (de Darmstadt), qui opère par simple avivement, et Th. Anger, qui procède par dédoublement et décollement de la muqueuse des lèvres et de la partie voisine du vagin, mais qui tous deux font remonter l'avivement et la suture jusqu'auprès de l'ouverture de l'urèthre, ont suivi une méthode beaucoup plus sûre, et Th. Anger a pu constater qu'après dix-huit mois la guérison de sa malade était restée permanente. Ce procédé est donc efficace, mais on peut lui faire un très-grand reproche : l'enlèvement des mucosités vaginales est fort difficile et le coït est devenu impossible ; or, quoique dans beaucoup de cas les malades atteintes de prolapsus utérin aient atteint ou soient près d'atteindre l'époque où tout espoir de maternité est perdu, cependant la plupart d'entre elles, si elles se gardent d'en faire l'aveu, renoncent difficilement à la possibilité même des rapports sexuels.

Le raccourcissement transversal de la paroi vaginale antérieure peut également s'opposer au prolapsus. Jobert enlevait du vagin deux lambeaux de muqueuse, mais à une certaine distance l'un

ue l'autre, en laissant entre eux une portion de vagin non avivée. Affrontant ces surfaces cruentées et les réunissant par la suture, il formait un pli permanent, qui non-seulement rétrécissait d'autant le vagin, mais soutenait la paroi antérieure et s'opposait à la chute et à la sortie hors de la vulve de cette paroi antérieure, c'est-à-dire à la cystocèle qui précède d'ordinaire et souvent provoque le prolapsus de l'utérus.

Sims pratiquait sur la paroi antérieure deux avivements espacés en haut vers l'utérus, se réunissant en bas vers la vulve, et ayant la forme d'un fer à cheval ou d'un V ; il y ajoutait deux légers avivements transversalement placés vers le haut des deux incisions divergentes. Emmet pratiquait la même opération, mais complétait l'avivement jusqu'à la base du V, qui devenait un triangle. Ils rétrécissaient comme Jobert et rendaient plus rigide la paroi antérieure du vagin et ont réussi à obtenir quelques guérisons permanentes. Panas a dû à ce procédé un très-beau succès, puisque la guérison se maintenait depuis trois ans, bien que la malade fût accouchée à terme dix-huit mois après l'opération. Mais cette opération, malgré ses avantages, présente un sérieux inconvénient : c'est d'être fort longue et fort difficile à pratiquer. On ne peut opérer qu'après la réduction du prolapsus, c'est-à-dire dans l'intérieur du vagin, et le passage des sutures, surtout dans la partie horizontale de l'avivement, présente, de l'aveu même de Panas, dont on connaît l'habileté opératoire, de très-sérieuses difficultés, car elles sont bien plus grandes que celles que l'on rencontre dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Simon, dans un procédé qui paraît jouir en Allemagne d'une certaine faveur, enlève de la paroi postérieure du vagin un large triangle dont la base répond à la fourchette, faisant ainsi porter la perte de substance à la fois sur le vagin et la vulve et même un peu sur le périnée ; puis il réunit par la suture les bords de ce large avivement. L'opération est plus facile que les précédentes, elle compte un certain nombre de succès permanents ; mais, de l'aveu même de Hegar, qui en est partisan et l'a souvent pratiquée à Freiburg, elle s'accompagne parfois d'une sérieuse hémorrhagie; elle a quelquefois été suivie d'accidents et une fois de mort par infection purulente. Procédés peu dangereux, faciles à mettre en pratique, mais inefficaces; ou bien, procédés efficaces, mais d'une exécution difficile, ou, comme celui de Simon, présentant quel-

ques périls pour la malade, telles étaient les ressources que m'offrait la médecine opératoire, lorsque, le 10 novembre 1876, entra dans mon service à l'hôpital Beaujon une femme de quarante-huit ans, exerçant la profession de blanchisseuse, et atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus. La maladie paraissait remonter seulement à six mois. Cette femme avait eu trois enfants, dont le dernier a onze ans ; toutes les couches avaient été normales et la menstruation constamment régulière. Au mois de mai 1876, elle vit apparaître à la vulve une tumeur dont l'issue se fit d'abord d'une façon intermittente et par intervalles de quinze jours environ. La tumeur, après être restée plus ou moins longtemps dehors, rentrait spontanément.

A partir du mois d'octobre, l'accident se renouvela tous les jours, et la tumeur prit le volume qu'elle avait lors de l'opération ; enfin, huit jours avant l'entrée à l'hôpital, la réduction devint impossible et il survint des douleurs accompagnées d'une sensation fort pénible de pesanteur.

Au dehors de la vulve, on trouve une tumeur conoïde dont la grosse extrémité est dirigée en bas et dont le sommet correspond à l'entrée du vagin. A sa base existe une ulcération circulaire située autour d'une ouverture infundibuliforme. Cette ouverture est le col utérin, peu distinct des parois vaginales, et elle permet l'introduction de l'hystéromètre, qui pénètre à une profondeur de 7 centimètres. La tumeur mesure 11 centimètres de longueur, 18 centimètres de diamètre à sa base et 10 centimètres à son sommet. La surface externe se joint sans ligne de démarcation avec la muqueuse vulvaire immédiatement en arrière des grandes lèvres.

L'orifice uréthral est apparent au-dessus et en avant du pédicule ; pour y faire pénétrer la sonde, on est obligé d'incliner l'instrument de haut en bas et d'arrière en avant (la malade étant dans le décubitus dorsal). On sent alors le bec de la sonde qui a pénétré vers la base de la tumeur ; la vessie a donc été entraînée dans le mouvement de descente de l'utérus et du vagin. (Voir fig. 1.)

La malade demande à être débarrassée de son infirmité et préfère une opération, quelle qu'elle puisse être, à la nécessité de porter un bandage quelconque. J'avais donc à me demander à quel procédé je pourrais avoir recours, et, comme je viens de le dire, les procédés connus ne me satisfaisaient que fort incomplé-

tement. L'examen attentif du mécanisme suivant lequel se produisait le prolapsus, me suggéra l'idée du procédé que je mis en usage avec un plein succès. Chez ma malade, comme chez presque toutes celles qui se trouvent dans le même cas, l'utérus ne sort pas le premier de la vulve, et ce n'est pas lui qui entraîne la paroi antérieure, puis la paroi postérieure du vagin. En général, ce qu'on remarque d'abord, c'est une cystocèle, c'est l'issue hors de la vulve de la paroi antérieure du vagin, issue de plus en plus notable, et c'est comme entraîné par le prolapsus de la cloi-

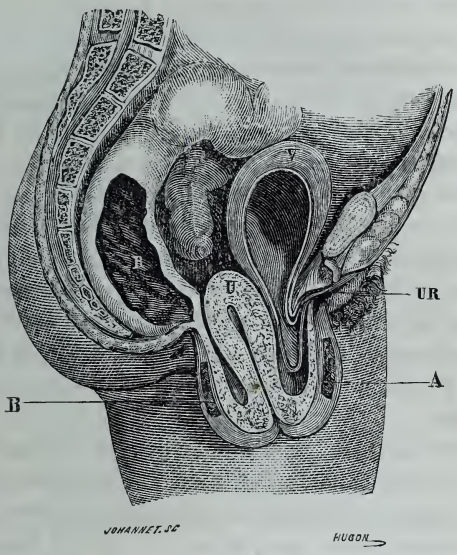

Fig. 1. U, Utérus en prolapsus. V, Vessie. R, Rectum. UR, Ouverture de l'urèthre. A, Avivement antérieur. B, Avivement postérieur.

son vésico-vaginale que l'utérus finit par arriver à la vulve et hors de la vulve. Ce qui sort d'abord, c'est la partie de la cloison vaginale la plus rapprochée de la vulve ; le reste suit comme par une sorte de déplissement, et le même effet se produit sur la paroi postérieure, dont la muqueuse glisse le plus souvent sur la muqueuse rectale, qui conserve à peu près sa position. Au fur et à mesure que l'utérus descend, les portions de la paroi antérieure et de la paroi postérieure du vagin, qui sont en contact lorsque l'utérus est dans sa position normale, s'écartent de plus en plus l'une de l'autre à mesure que ces parois font issue hors

de la vulve pour laisser passer les parties les plus profondes du vagin et enfin l'utérus.

Evidemment, si on pouvait retenir en rapport ces parois opposées, les empêcher de se porter l'une en avant, l'autre en arrière, on s'opposerait à tout prolapsus. C'est ce que j'ai cherché à faire, et j'ai voulu rendre ce contact non plus médiat, mais intime et permanent, en avivant au même niveau les parois antérieure et postérieure du vagin et en les réunissant par la suture.

Suturer ainsi ces parois sur une certaine hauteur, c'était cloisonner le vagin ; mais les faits si nombreux de bifidité du vagin, réunis dans ma thèse d'agrégation de 1863 sur les vices de conformation de l'utérus et du vagin, ont montré que le cloisonnement vertical même complet du vagin gêne à peine l'accouchement et ne gêne pas du tout la copulation. Or, pour m'opposer au prolapsus, je n'avais besoin de pratiquer qu'un avivement et un cloisonnement partiels.

Ce n'est pas tout encore. Dans les procédés dans lesquels on agit sur la muqueuse vaginale (Sims, Emmet, Panas), on opère après la réduction de l'utérus, par conséquent au fond du vagin, et, comme je l'ai dit, l'opération est longue, laborieuse, plus difficile, plus fatigante qu'une opération de fistule vésico-vaginale. Dans mon procédé, tout peut, au contraire, ainsi qu'on va le voir, se faire à l'extérieur et avec une certaine facilité. Voici comment je l'exécutai :

L'utérus étant tout à fait hors de la vulve, et sans chercher à le réduire, je fis d'abord sur la paroi antérieure du vagin, la malade étant dans le décubitus dorsal, quatre incisions limitant un lambeau de muqueuse, que j'enlevai, ce qui me donna un avivement de 6 centimètres environ de longueur sur 2 de largeur, et portant sur la partie la plus rapprochée de la vulve (A, fig. 1 et 2). Puis, faisant soulever et relever du côté de l'abdomen l'utérus prolabé, de manière à avoir sous les yeux la face postérieure de la tumeur, je fis sur cette partie un avivement semblable à celui que j'avais effectué sur la paroi antérieure (B, fig. 1 et 2). Cela fait, je réduisis en partie l'utérus, assez pour mettre en contact les extrémités de ces deux surfaces d'avivement dans leur partie la plus rapprochée de l'utérus, et j'appliquai sur ce bord transversal trois points de suture réunissant linéairement les parois antérieure et postérieure du vagin. Je passai ensuite à la réunion des bords latéraux, en passant de chaque côté un fil d'ar-

gent (D, fig. 2), traversant le bord de la surface avivée antérieure (A), puis le bord correspondant de la surface avivée postérieure (B). Un fil étant placé de la même façon sur le bord opposé et à la même hauteur (C, C'), il suffit de serrer ces deux sutures pour augmenter, par le rapprochement des parois vaginales opposées, la réduction de l'utérus. Cette réduction se complétait au fur et à mesure que les points de suture étaient placés, et, quand les deux bords des surfaces avivées eurent été réunis dans toute leur hauteur, la réduction était complète. On comprend, toutefois,

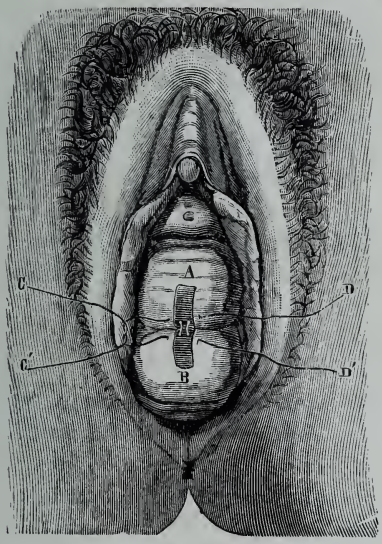

Fig. 2.

que dans ce procédé, comme dans celui de Sims et d'Emmet, les fils ayant servi à la suture du bord transversal le plus rapproché de l'utérus, étant cachés au fond du vagin, sont difficilement accessibles, lorsqu'après quelques jours la réunion s'est effectuée. Prévoyant cela, je laissai aux fils une assez grande longueur dans leur partie tordue, afin de les saisir facilement lorsqu'ils seraient devenus libres par la section des parties embrassées par l'anse.

L'opération fut faite en décembre 1876 ; il n'y eut aucun accident, pas de fièvre traumatique, et, après une dizaine de jours, je commençai à retirer les fils ayant servi à pratiquer les sutures.

Le résultat thérapeutique fut complet ; l'utérus était parfaitement maintenu, et, lorsqu'après avoir fait accroupir la malade on la faisait tousser ou faire des efforts, rien ne paraissait avoir de la tendance à sortir de la vulve ; il n'y avait même pas de refoulement appréciable.

J'aurais donc pu borner là mon intervention, et je l'aurais fait si j'avais voulu sacrifier quelque chose de l'intérêt de la malade au désir de montrer, dans toute son intégrité, l'heureux effet de l'opération. Mais la fourchette avait une telle laxité et une telle largeur, que j'ai craint de voir le résultat compromis plus tard par l'absence de tout soutien du côté de la vulve. Je complétai donc l'opération en pratiquant, vers la fourchette et sur les parties voisines, un avivement comme dans le procédé de Baker-Brown. Je fis la suture à deux étages, suivant mon procédé, c'est-à-dire au moyen de fils passant au travers d'un bout de sonde pour la suture profonde et de points entrecoupés pour la suture superficielle. J'enlevai les sutures le sixième jour, 30 janvier ; la réunion, encore incomplète dans les parties superficielles, était complète profondément, et lorsque la malade sortit, le 6 février, la réunion était complète et définitive dans toute l'étendue et sur toute la surface de l'avivement.

La vulve, rétrécie en arrière, mais perméable dans la moitié antérieure de son étendue, n'est pas même repoussée par l'utérus lorsqu'on fait tousser la malade. Le plancher périnéal, reformé par la seconde opération, donne un soutien aux parois vaginales et prévient toute tendance à leur issue. On peut, il est vrai, objecter que l'opération ne date que de quatre mois, et que beaucoup de succès, qui ont paru d'abord définitifs, n'ont été que temporaires ; mais, quand on examine la situation des choses depuis l'opération, je crois qu'on peut avoir la conviction fondée que le résultat acquis sera permanent. La malade, soulagée de toute douleur et de toute gêne, a pu se livrer à des travaux pénibles, porter de lourds fardeaux, et a obtenu de l'opération tout le bienfait qu'elle croyait pouvoir en espérer.

(EXTRAIT DU BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.)

Paris. — Typographie A. HENNUYER, rue d'Arcet, 7.